

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

TUMEURS DE LA GLANDE SURRÉNALE

AVEC TABLEAU CLINIQUE DU VIRILISME SURRÉNAL

THESE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 24 Décembre 1921

PAR

André ALCAY

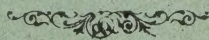
Né à Générac (Gard), le 6 juin 1893

INTERNE DES HOPITAUX DE NIMES (CONCOURS 1920)

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE AVEC PALME

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	JEANBRAU, professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs</i>
		ESTOR, professeur.		
		RIMBAUD, agrégé.		
		ETIENNE, agrégé.		



MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
3, Rue Ferdinand-Fabre. 3

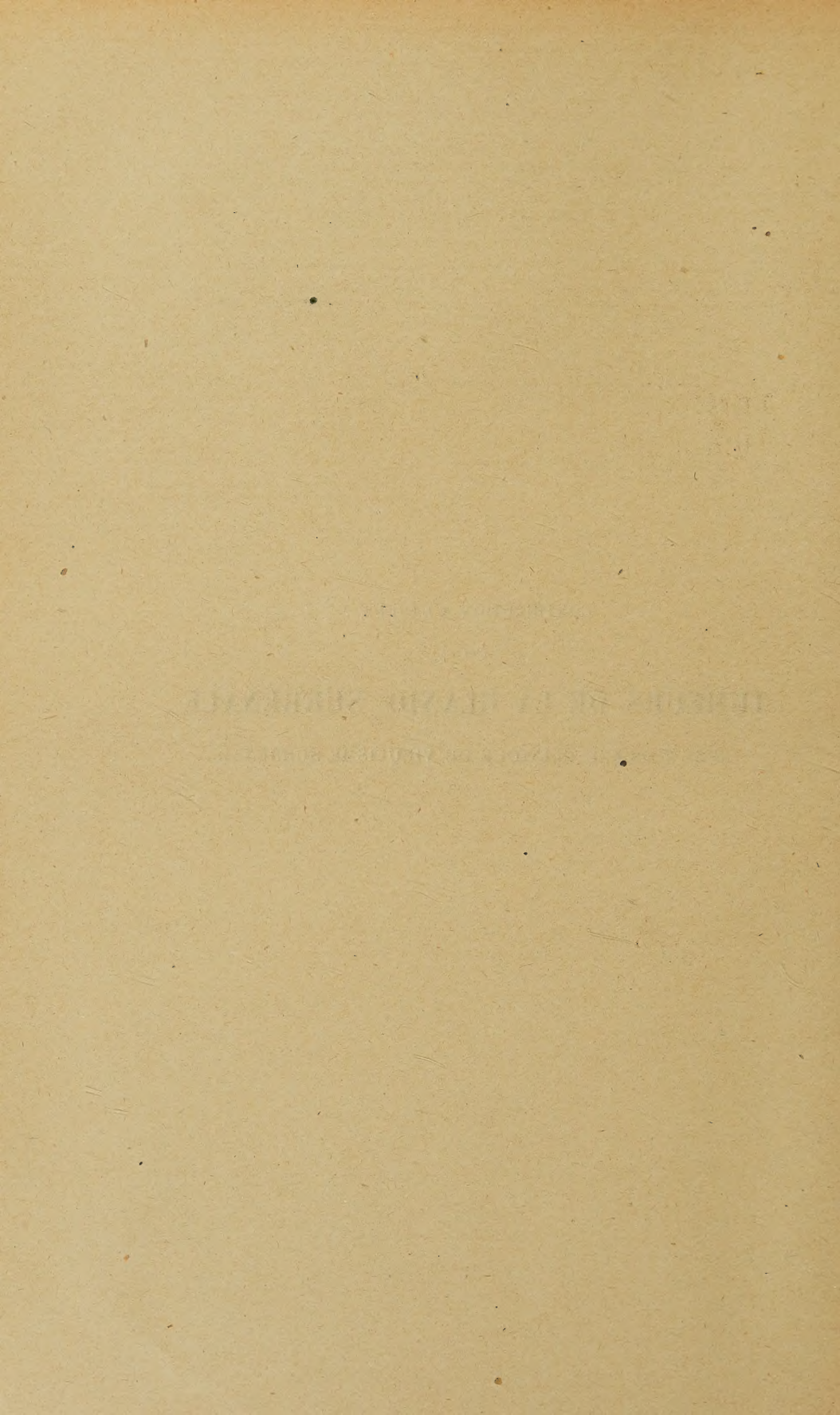
1921

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

TUMEURS DE LA GLANDE SURRÉNALE

AVEC TABLEAU CLINIQUE DU VIRULISME SURRÉNAL



UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MEDECINE

N° 15

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

TUMEURS DE LA GLANDE SURRÉNALE

AVEC TABLEAU CLINIQUE DU VIRILISME SURRÉNAL

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 24 Décembre 1921

PAR

André ALCAY

Né à Géderac (Gard), le 6 juin 1893

INTERNE DES HOPITAUX DE NIMES (CONCOURS 1920)

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE AVEC PALME

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs
de la Thèse

JEANBRAU, professeur, *Président*.

ESTOR, professeur.

RIMBAUD, agrégé.

ETIENNE, agrégé.

Assesseurs

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

3, Rue Ferdinand-Fabre 3

1921



PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

Anatomie	MM. GILIS.
Histologie	VIALLETON.
Physiologie	GRYNFELTT
Physique médicale	HEDON.
Chimie biologique et médicale	N...
Botanique et histoire naturelle médicales	DERRIEN, <i>doyen</i> .
Anatomie pathologique	GRANEL.
Microbiologie	MASSABUAU.
Pathologie et thérapeutique générales	LISBONNE
Pathologie interne	BOSC.
Thérapeutique et matière médicale	N...
Hygiène	VIRES.
Médecine légale et toxicologie	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale	N...
Clinique chirurgicale	DUCAMP.
Clinique obstétricale	VEDEL.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	TEDENAT.
Clinique ophtalmologique	FORGUE, <i>assesseur</i> .
Clinique des maladies des enfants	VALLOIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MAIRET.
Clinique gynécologique	TRUC.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	N...
Clinique des maladies des voies urinaires	ESTOR.
	DE ROUVILLE.
	MOURET.
	JEANBRAU.

Honorariat

Doyens honoraires: MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires: MM. E. BERTIN-SANS, RODET et IMBERT

Secrétaires honoraires: MM. GOT et IZARD

Chargés de Cours complémentaires

Anatomie	GRYNFELTT.
Clinique propédeutique de chirurgie	MM. RICHE.
Clinique propédeutique de médecine	RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards	EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	MARGAROT
Médecine opératoire	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale	ETIENNE.
Accouchements	DELMAS (P.).
Pharmacologie	GALAVIELLE.
Matière médicale	CABANNES
Stomatologie	D ^r WATON.
Histologie	D ^r GRANEL F.

Agrégés en exercice

Médecine	{	MM. LEENHARDT.	Chirurgie	{	MM. RICHE.
		GAUSSEL.			ETIENNE.
		EUZIERE.			LAPEYRE.
		RIMBAUD.			DELMAS (P.)
Anatomie		MARGAROT.	Accouchements		GALAVIELLE
Chimie		DELMAS (J.)	Histoire natur.		CABANNES.
		MESTREZAT	Physique		PECH.

Examineurs de la thèse:

MM. JEANBREAU, prof., <i>président</i> .	MM. RIMBAUD, agrégé.
ESTOR, professeur.	ETIENNE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A. MON GRAND-PÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Bien faible témoignage de ma très
grande affection et de ma profonde
reconnaissance.*

A MON FRÈRE LE DOCTEUR MARCEL ALCAY
ET A MA BELLE-SŒUR

A MES PARENTS, A MES AMIS

A. ALCAY.

A LA MÉMOIRE GLORIEUSE DE MON CHER COUSIN
OCTAVE ÉTIENNE

SOLDAT AU 119^e RÉGIMENT D'INFANTERIE

Tombé au Champ d'Honneur le 19 octobre 1916

A. ALCAY.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANBRAU

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider notre thèse Nous le prions d'agréer l'hommage de notre profonde gratitude.

A MON JURY DE THÈSE

A TOUS MES MAÎTRES

DE LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A. ALCAY.

A MESSIEURS LES CHIRURGIENS ET MÉDECINS
DES HOPITAUX DE NIMES

A MONSIEUR LE DOCTEUR REVEL

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CHIRURGIEN DES HOPITAUX DE NIMES

*Qui nous a toujours prodigué les
marques de sa bienveillante sym-
pathie et éclairé de ses conseils. Il nous
a inspiré ce modeste travail. Nous le
prions d'accepter ce témoignage de
notre profonde reconnaissance et de
notre sincère attachement.*

A. ALCAY.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
TUMEURS DE LA GLANDE SURRÉNALE
AVEC TABLEAU CLINIQUE DU VIRULISME SURRÉNAL

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion d'observer un cas de tumeur de la capsule surrénale accompagné de fibrome utérin et réalisant la forme typique de ce que le professeur Tuffier, dans son rapport à l'Académie de Médecine, en 1914, a appelé le « virilisme surrénal ».

Il nous a paru intéressant de rapporter cette observation *in extenso*.

Nous avons conçu ce modeste travail de la façon suivante :

Dans un chapitre premier, nous avons colligé les observations que nous avons pu recueillir à ce sujet ; mais nous n'avons retenu que celles où la tumeur surrénale maligne s'est accompagnée d'hypertrichose et de modifications tendant à donner au sujet le type masculin. Ce développement du virilisme a pu se produire soit chez la femme adulte, c'est le cas de notre observation, qui peu à

peu prend l'allure d'un homme, soit chez l'enfant, petit garçon ou petite fille, qui alors présente un développement exagéré pour son âge, de la force musculaire, de la taille, du poids, du système pileux, des organes génitaux.

Nous avons écarté les observations dans lesquelles la tumeur surrénale a été suivie de troubles vagues avec douleurs, asthénie progressive et celles qui ont coïncidé avec un développement anormal des organes génitaux qui a pu prêter à confusion quand à la détermination du sexe, et que Gallois, dans sa Thèse de Paris, en 1914, classe sous le nom de tumeur de la capsule surrénale à type « pseudo-hermaphrodite ».

Dans le deuxième chapitre, nous rapportons *in extenso* notre observation inédite.

Le troisième chapitre est consacré aux réflexions générales que nous ont suggérées les observations et à une étude d'ensemble des manifestations du virilisme surrénal.

Dans le chapitre IV, nous donnons un aperçu anatomo-pathologique des tumeurs de la surrénale en général. La conclusion de l'examen histologique de chaque cas est notée avec son observation quand nous avons pu le retrouver. Pour notre cas personnel, l'étude macroscopique de la pièce, la description de la coupe et les conclusions de son examen histologique se trouvent joints à l'observation.

Dans le cinquième chapitre, nous envisageons la question au point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement.

Nous présentons enfin nos conclusions.

CHAPITRE PREMIER

NEUF OBSERVATIONS RÉSUMÉES DE TUMEURS SURRÉNALES S'ACCOMPAGNANT DE VIRILISME

OBSERVATION I

(Tuffier in *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1914)

X..., 62 ans, entre dans le service parce qu'elle est atteinte de fibrome utérin, mais ce qui frappe en elle, c'est un développement extraordinaire du système pileux apparu au moment de la ménopause; elle porte une moustache et une barbe noire très fournie; le timbre de sa voix, la forme de ses membres très musclés et leurs proportions sont tout à fait masculins. En plus de ces signes de virilisme, on note: une hypertrophie du clitoris avec organes génitaux normaux, la présence de taches grisâtres sur les mains et les avants-bras et des changements dans les habitudes du sujet; elle ne se livre plus qu'à des travaux pénibles qui ne la fatiguent nullement. N'a jamais été enceinte. Laparotomie le 3 février 1914 qui conduit sur un utérus hypertrophié, du volume d'une tête de fœtus, hystérectomie subtotale.

L'examen de la région surrénale permet de déceler une masse bilatérale du volume d'un demi-rein.

L'utérus se révèle à l'examen histologique comme formé de faisceaux musculaires comparables à ceux que

l'on rencontre dans l'utérus gravide. Pas d'examen histologique de la tumeur surrénale.

OBSERVATION II

(Mauclaire, in *Bulletin et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris*, 1920)

Malade âgée de 30 ans. Tumeur abdominale en évolution depuis six ans dont le début a coïncidé avec la suppression des règles et des altérations du facies: « La figure, le cou et le thorax se couvrirent de nombreux poils; la malade a pris un facies mat, allongé, masculin; les seins s'atrophiaient et le corps perdit ses formes arrondies et prit les formes musclées d'un homme ». Organes génitaux normaux, sauf hypertrophie du clitoris. N'a jamais été enceinte. Appétits sexuels normaux.

Diagnostic porté: kyste de l'ovaire.

Intervention le 28 avril 1920. On trouve:

1° Un kyste inclus dans le mésentère;

2° A droite, masse du volume d'un gros poing allant s'insérer sur le bord interne du rein droit. Tumeur très adhérente, exérèse totale impossible.

L'examen microscopique montre la tumeur formée de grosses cellules à aspect clair, avec gros noyau, entourées d'un stroma conjonctif très richement vascularisé. Le diagnostic porté est: tumeur épithéliale d'origine cortico-surrénale.

OBSERVATION III

(Launois, in thèse Gallais, Paris 1911)

Jeune fille, réglée à 13 ans; les règles disparaissent définitivement à 19 ans. Pendant ces six ans, elles furent douloureuses, irrégulières, retardant tous les mois et ac-

compagnées d'un état nerveux spécial: inquiétudes morales, crises d'angoisse, etc. Appétits sexuels portés vers le sexe féminin.

La disparition des règles coïncide avec une dépilation diffuse qui est suivie peu après d'une hypertrichose à marche régulièrement progressive, une moustache naissante vient orner la lèvre supérieure de la malade. A ce moment la malade jouit d'une santé florissante, se sent très forte, se met à grossir uniformément.

Deux ans après, la malade atteint 21 ans, à la période d'hypersthénie succède une phase d'hyposthénie accompagnée d'un développement du système pileux considérable; à ce moment, l'aspect du visage est celui d'un homme; la lèvre supérieure est recouverte d'une belle moustache, le menton d'une barbe épaisse et bien fournie. Une adiposité énorme de tout le corps se développe, l'état mental du sujet est déficient, la peau prend un aspect grisâtre, sale, surtout aux mains et aux avants-bras.

C'est à la fin de cette année qu'apparaît dans la région lombaire gauche une tumeur pseudo-fluctuante qui va en augmentant sans cesse et qui est localisée par les uns à la rate, par les autres dans le rein. Certains soupçonnent son origine surrénale.

Fin novembre, la malade fut emportée par une crise de dyspnée.

La nécropsie révéla une tumeur de 2 kil. 500 occupant la région lombaire gauche, surplombant le rein qui est adhérent par son pôle supérieur à la masse néoplasique.

Les organes génitaux internes et externes sont normaux.

Les poumons sont farcis de noyaux néoplasiques secondaires.

L'examen histologique de la pièce conclut en un épithélioma de la cortico-surrénale.

OBSERVATION IV

(Gallais. — Société de Psychiatrie 1912)

Dans cette observation l'existence de la tumeur fut décelée par une sage-femme qui examinait la malade pour une grossesse à durée anormale.

La malade, mariée à 18 ans, voit sa force musculaire augmenter d'une façon extraordinaire depuis l'âge de 14 ans, date d'apparition de ses premières règles. Après son mariage, ses règles cessèrent brusquement et cet arrêt coïncida avec une adiposité généralisée, une augmentation du volume du ventre et un changement dans le caractère; la malade se crut alors enceinte.

Concurremment à toutes ces modifications, le système pileux se développa d'une façon inimaginable; visibles sur toute la surface du corps, les poils bruns forment en certains endroits une véritable toison, sur la face on voit une forte moustache et une barbe épaisse.

L'examen révèle des organes génitaux externes normaux, un utérus petit à col fermé et dur, des annexes normales. Rapports sexuels très actifs, appétits très développés, rien à signaler en fait d'inversion sexuelle.

La palpation de l'abdomen montre une tumeur occupant le côté droit, s'insinuant sous les dernières côtes et descendant dans la région lombaire. On se rend compte que cette tumeur est profonde et qu'elle donne la sensation de contact lombaire.

On pense à une tumeur surrénale. Un an et demi après, la malade se cachectise et meurt rapidement. Pas de nécropsie.

OBSÉRVATION V

(Boriz. — Illeinere und geschlecht Character. Archives de Gynécologie 1909)

Jeune fille âgée de 16 ans; réglée à 15 ans; règles régulières pendant un an. Sujet parfaitement développé. A 16 ans, suppression absolue des règles, et développement tout à fait exagéré du système pileux, avec barbe et moustache abondantes. Les forces de la jeune fille augmentent; elle prend l'allure d'un homme.

Organes génitaux normaux. Appétits sexuels: rien à signaler.

Aucune mention de diagnostic. La malade meurt d'un phlegmon.

Les résultats de l'autopsie sont les suivants: tumeur de la surrénale gauche, très adhérente au rein, du volume d'une tête de fœtus. Pas de métastase au niveau des divers organes. La tumeur est bosselée, bourrée de nodosités. Sur la coupe ces noyaux apparaissent noyés dans un stroma de couleur grise qui tranche avec la teinte jaunâtre des noyaux.

L'examen microscopique décèle des cellules épithéliales rondes ou polygonales, rangées en cordons; la tumeur est cataloguée: épithélioma tubulé.

OBSÉRVATION VI

(Euloch et Sequiera. — Transactions of the pathological Society of London, 1885)

X..., âgée de 11 ans, réglée à 9. Dès l'âge de 9 ans les règles diminuent et deviennent irrégulières. En même temps des poils se développent sur la face, le pubis et les aisselles; l'abdomen est le siège d'une volumineuse tu-

meur sans ascite. L'aspect de la malade est d'une vieille petite femme. Décès seize mois après le début de la maladie.

La nécropsie décèle une tumeur surrénale de 1.500 gr., du côté gauche, en connexion avec le rein; des noyaux secondaires dans le foie et dans le poumon.

Pas d'examen histologique.

OBSERVATION VII

(Calcott-Fox. — Transaction of the pathological Society of London)

Petite fille de deux ans à système pileux remarquablement développé, surtout au pubis. Dès l'âge de 20 mois, l'enfant avait un appétit extraordinaire, dévorant la viande. Organes génitaux normaux. Décès un mois après l'examen: température, 39°; vomissements, agitation.

Nécropsie: tumeur molle, coiffant le rein gauche mais distincte de lui, du volume d'une noix de coco. Métastases dans les ganglions mésentériques. L'examen histologique affirme sarcome à grandes cellules claires.

OBSERVATION VIII

(Pittman. — The médical Times 1865)

Petit garçon de 3 ans. Poids, taille, forme, dentition beaucoup plus développée que pour son âge. Le corps est recouvert par endroit de poils assez forts et une moustache nette se dessine sur la lèvre supérieure.

Décès trois mois après l'examen.

La nécropsie décèle une tumeur volumineuse, lobulée,

occupant le côté gauche, adhérente au rein et remplaçant la capsule surrénale.

Poids de la tumeur: 2 kilos.

OBSERVATION IX

(Linser. — Bétrage 3ù Klinisch chirurgie 1903)

Jeune garçon de 6 ans, dont on note l'extraordinaire développement du système pileux qui coïncide avec celui des organes génitaux externes. Ceux-ci bien conformés sont de la taille de ceux d'un garçon de 16 ans. L'examen décèle une volumineuse tumeur de la région lombaire gauche.

Diagnostic: tumeur du rein.

Laparotomie médiane, tumeur extra-péritonéale; excrèse impossible.

Nécropsie: tumeur surrénale gauche, le rein gauche est appendu au pôle inférieur de la masse néoplasique. Adhérences très serrées, mais les organes sont distincts. Volume d'un gros poing.

L'examen histologique révèle des cellules épithéliales rangées en faisceaux et le diagnostic de tumeur épithéliale est porté.

CHAPITRE II

OBSERVATION INÉDITE

(Tumeur de la glande surrénale gauche avec tableau clinique de « Virilisme surrénal. — Due à l'extrême obligeance de M. le Docteur Revel, chirurgien des hôpitaux de Nîmes).

B. M..., femme de 40 ans, entre dans notre service le 27 juin 1921 parce que son ventre a démesurément grossi. Le début de l'affection remonte à deux ans. Avant cette époque, la malade s'était toujours bien portée, sauf en 1918 où elle fut atteinte de la grippe sans gravité d'ailleurs.

Réglée à 12 ans, mariée à 22, ses règles deviennent irrégulières à partir de ce moment; trois enfants, dont un décédé en bas âge des suites d'une affection pulmonaire; aucune fausse couche, ménopause depuis trois ans, à 37 ans.

Histoire de la maladie. — Il y a deux ans, la malade remarque que son ventre grossit uniformément comme si elle était enceinte. Aucune douleur, sauf parfois des tiraillements lombaires qui, avec l'augmentation progressive de l'abdomen, lui fait croire à une grossesse. De temps en temps; en effet, dit-elle, il lui semble qu'une masse descend dans la cavité pelvienne et cela lui rappelle des grossesses passées. Avec cela, elle ne souffre pas; la santé générale est bonne et elle vaque à ses occupations journalières. Mais en même temps que le ventre grossit, la malade

assiste à une véritable transformation de son aspect : elle devient velue et prend le type masculin.

En effet, outre le volume considérable de l'abdomen, ce qui frappe au premier abord, c'est son physique. Le faciès est celui d'un homme : les traits sont durs, le nez fort, les pommettes saillantes, le menton carré. Il existe une forte moustache et de la barbe. La poitrine est fortement velue ; les seins sont atrophiés. L'abdomen est lui aussi très velu, ainsi que la région pubienne et les membres supérieurs et inférieurs qui sont forts et vigoureux.

La voix est peut-être un peu grave, mais elle ne semble pas avoir subi une évolution marquée vers le type masculin. La démarche ne présente rien de particulier.

Ce tableau s'est installé petit à petit, pendant le développement de la maladie.

Rien à signaler au sujet des rapports sexuels, les appétits éprouvés par la malade sont satisfaisants sans être exagérés. On ne note aucun signe qui puisse faire penser à une inversion de l'instinct sexuel. La malade est une excellente épouse et une bonne mère de famille.

Examen du ventre. — A l'inspection le volume du ventre est celui d'une grossesse à terme. L'augmentation de volume ne paraît pas très régulière. Il existe une grosse bosselure au niveau de l'hypochondre gauche et une deuxième qui paraît plus petite et qui dépasse légèrement la ligne médiane à droite, à la hauteur de l'ombilic.

Dans la région hypogastrique gauche, la paroi est tendue et semble légèrement repoussée en avant. La peau est très velue, les poils très serrés ont 3 à 4 centimètres de longueur.

On note une circulation complémentaire et des traces de vergéture. Quand on prie la malade de respirer largement la paroi abdominale et les fausses côtes se mobilisent nor-

malement. Les régions tuméfiées suivent le mouvement.

A la *palpation*, on sent une énorme masse occupant la moitié gauche de l'abdomen et qui va du rebord costal gauche au pubis. On retrouve cette masse dans l'hypochondre gauche et dans la région lombaire du même côté.

Cette énorme tumeur présente trois parties qui paraissent être toutes trois intimément solidaires. La palpation méthodique permet de s'en rendre facilement compte. En effet des deux mains, l'une sur la paroi abdominale en avant, l'autre dans l'hypochondre, on suit une masse régulière, dure, rénitente, indolore. Cette masse est un peu mobile transversalement. Une main en avant, l'autre en arrière dans la fosse lombaire, on perçoit nettement la sensation du contact lombaire. En suivant la limite antéro-interne de la tumeur, on perçoit ensuite un sillon et au-dessous, une masse plus petite que la précédente qui fait saillie à droite de la ligne médiane à la hauteur de l'ombilic. Cette partie fait corps avec la précédente.

Enfin, en descendant plus bas, une masse du volume d'une grosse tête de nouveau-né tombe dans la région hypogastrique; elle est moins dure qu'un crâne fœtal, mais elle est résistante, régulière et légèrement mobile dans le sens transversal. Elle atteint et se perd derrière le pubis. La percussion montre que cette tumeur est mate.

La moitié droite de l'abdomen est normalement sonore. Quand on fait coucher la malade successivement sur les divers côtés, la percussion ne change pas. Pas d'ascite.

Examen de l'appareil génital. — On note :

1° Une augmentation du volume et une mollesse spéciale des grandes lèvres et des parois vaginales;

2° Le col, situé profondément en arrière, est un col mou, de grossesse à terme;

3° On sent un segment inférieur développé comme celui

d'un utérus gravide et le doigt a la sensation assez nette d'arriver sur un sommet.

On ne peut sentir ni le fond utérin, ni les annexes; la main abdominale retrouve la masse étudiée plus haut.

Le doigt, situé dans le vagin, ne peut mobiliser dans le sens vertical cette énorme masse qui paraît complètement fixée.

Appareil urinaire. — Quantité en 24 heures: 2 litres en moyenne; se lève deux fois la nuit; urines claires, sans dépôt.

A l'analyse: urée, 13 gr.; chlorures, 9 gr. 80 par litre. Il existe 0 gr. 20 d'albumine. Pas de pus, pas de sang.

Le cathétérisme de l'uretère gauche ne donne aucune goutte d'urine tandis que celui du rein droit donne rapidement 10 centimètres cubes dont l'analyse est semblable à celle de l'analyse des urines totales.

Appareil digestif. — Bon appétit, digestion facile, constipée.

Foie: volume normal; pas d'ictère;

Rate: pas décelable en raison de la présence de la tumeur.

Appareil circulatoire. — Souffle extra-cardiaque; tension artérielle au Pachon: maximum, 21; minimum, 13. Pouls plein, régulier à 96.

Appareil respiratoire. — Rien à signaler; base gauche notamment, sonore et respire bien.

Système nerveux et psychisme. — Normaux.

Etat général. — Bon; la malade ne se plaint que du volume exagéré de son ventre.

Diagnostic. — Trois points ont retenu notre attention dans son élaboration:

1° Tumeur abdominale avec son contact lombaire et l'absence d'élimination d'urine de ce côté;

2° Le type masculin qu'a progressivement revêtu la malade à mesure que la tumeur se développait;

3° Le résultat de l'examen gynécologique qui faisait dire au premier abord, en dehors de tout autre examen, que la femme était enceinte.

A plusieurs reprises, en effet, et malgré l'absence de tout phénomène sympathique propres à la grossesse, nous nous sommes demandé si la tumeur abdominale ne répondait pas à une grossesse pathologique.

Nous ne nous sommes pas arrêté davantage à cette idée, et nous avons posé le diagnostic de tumeur de la capsule surrénale gauche avec métastases possibles au niveau de l'utérus et de l'ovaire gauche; à moins qu'il n'existe un fibrome utérin, ceci en raison de la mollesse du col, et de l'hypertrophie de la partie inférieure de l'utérus. Ce diagnostic a paru s'imposer de part les signes de virilisme constatés.

Nous avons proposé à la malade une intervention chirurgicale après l'avoir soumise, sur sa demande expresse, à un traitement radiothérapique.

Intervention le 19 août 1921. — Anesthésie. Ether avec l'appareil d'Ombredanne. Incision médiane sus et sous-ombilicale; on branche à gauche une incision qui part de l'extrémité supérieure de la première et passe à un travers de doigt au-dessous du rebord costal.

Les anses grêles, malgré une anesthésie profonde, font immédiatement issue au dehors et il est absolument impossible de les rentrer dans le ventre; on les reçoit dans des champs imbibés de sérum artificiel chaud.

Il existe une énorme tumeur qui vient en avant à travers l'ouverture de la paroi abdominale. Cette tumeur explorée à la main occupe la moitié gauche de l'abdomen et elle est accolée à sa paroi postérieure. Le côlon descendant est en avant d'elle.

On explore à ce moment la tumeur toute entière en la contournant avec la main. Nous trouvons donc la tumeur notée à l'examen clinique, et à l'exploration des parties génitales, l'utérus du volume d'un gros poing paraît uniformément hypertrophié. Le foie paraît normal.

Incision du péritoine en dehors, le long du côlon descendant. On clive en dedans assez facilement le gros intestin, ce qui permet de décortiquer la tumeur. Il existe sur la tumeur plusieurs vaisseaux anormalement développés qu'on lie à mesure.

Le rein apparaît en dessous de la tumeur et à gauche. Son pédicule est étiré et passe en jugulaire sur la masse de la tumeur. Repérage de l'uretère qui est pris dans des brides, section. Dissection du pédicule rénal, du volume d'un gros pouce; section entre un clamp et une pince placée du côté de la tumeur.

Dès ce moment, la masse se mobilise facilement.

Il existe en outre des adhérences au niveau du pancréas que l'on détache avec difficulté. Le pancréas a été d'ailleurs amené en avant par le volume progressivement croissant de la tumeur. D'autres adhérences puissantes unissent la tumeur à la face interne de la rate. On les sectionne. Enfin, décollement du pôle supérieur de la tumeur qui adhère à la voûte diaphragmatique. Ablation en masse de la tumeur qui porte, accolée à son flanc gauche et en bas le, rein.

Ligature des différents pédicules. Hémostase difficile par ailleurs. La rate a été déchirée au niveau de son pôle inférieur et de son bord antérieur. L'hémostase à ce niveau jugée un instant possible par des sutures est jugée insuffisante. Ablation de la rate. L'hémostase à ce moment est suffisante. Il existe néanmoins un suintement sanguin qui vient notamment du pancréas et du dia-

phragme, on place un Mickuliez. On répand dans le ventre 50 centimètres cubes d'huile camphrée stérile. Suture de la paroi en un seul plan au fil de bronze.

Durée totale: 50 minutes.

Pouls à la fin de l'intervention: 80.

Durant l'après-midi, l'état se maintient satisfaisant. Décès avec phénomènes de collapsus à 23 heures.

Examen des pièces. — Nous avons affaire à une volumineuse tumeur à laquelle est accolée le rein gauche. Elle pèse 6 kilos. Elle est arrondie et un peu aplatie à la façon d'un pain de munition.

Rein. — Son extrême pôle supérieur seul tient intimement à la tumeur. On le sépare d'un coup de ciseau. Sur toute son étendue, il est accolé à la tumeur par du tissu cellulaire lâche, qui permet de le cliver facilement. Il est du volume et d'aspect normal. Sectionné suivant la convexité sur toute son étendue, la coupe revêt une apparence normale. La capsule se détache facilement. On retrouve accolé à la convexité inférieure de la tumeur et doublant celle-ci, l'uretère et les vaisseaux très allongés.

Tumeur. — Elle est bosselée sur toute sa surface. A la coupe, son aspect présente des zones arrondies, de la surface de deux et cinq francs, limitées par des bandes fibreuses. Celles-ci sont d'autant plus épaisses, et larges que la surface nummulaire est plus petite. Ces surfaces, de couleurs variables, jaune-or, jaune-rouge ou grisâtre, sont pour la plupart ramollies et le tranchant du couteau promené sur elles ramène un suc particulier. Par endroits, on dirait qu'on a affaire à des blocs d'encéphales en décomposition; c'est l'aspect encéphaloïde des anciens auteurs. L'aspect général, au point de vue de la couleur, donne une curieuse impression bigarrée.

Examen histologique, (dû à l'obligeance de Messieurs les doc-

teurs Ranque et Seynes, Marseille). — La tumeur surrénale se trouve constituée par de larges zones mortifiées où aucune structure cellulaire n'est plus visible. Dans d'autres régions, nous avons rencontré des amas de cellules plates à protoplasma clair qui doivent être rattachés aux formations à cellules claires de la surrénale. Ces cellules présentent des signes de prolifération rapide avec transformation cytologique anormale.

Elles sont groupées la plupart du temps en manchons plus ou moins épais, autour d'un orifice vasculaire et elles semblent se continuer sans transition avec les parois mêmes du vaisseau. L'aspect que reproduisent ces formations est caractéristique de ce que l'on est convenu d'appeler *périthéliome*. Le type anormal des cellules surrénales, les modifications excessivement étendues que l'on retrouve dans la tumeur, son développement rapide et sa grosseur constatés par l'examen clinique, sont des signes qui permettent de cataloguer la tumeur dans le groupe des tumeurs malignes, d'origine épithéliale.

CHAPITRE III

QUELQUES RÉFLEXIONS AU SUJET DES OBSERVATIONS

NOTIONS CLINIQUES

SUR LE VIRILISME SURRÉNAL

Dans les observations publiées, on peut noter un certain nombre de caractères qui sont constants, d'autres au contraire propres à chaque cas.

Tout d'abord chez la femme qui était réglée, il faut constater le fait absolument constant de la suppression absolue des règles. Ce caractère est suivi dans certains cas de troubles propres aux premiers mois de la grossesse si bien que la malade, qui en plus voit son ventre augmenter de volume, se croit enceinte. Si comme dans l'observation n° 1 et dans la notre, à tous ces phénomènes s'ajoutent le ramollissement du col et le développement du segment inférieur de l'utérus, le diagnostic de grossesse peut être envisagé.

Quelles sont les relations entre l'hypertrophie utérine, la suppression des règles et le développement de la tumeur surrénale? C'est tout le problème de la pathogénie des glandes à sécrétion interne qui est soulevé. Nous nous contentons de poser la question sans la résoudre.

A un autre point de vue, nous voyons que souvent le développement de la tumeur coïncide au début avec une aug-

mentation de la force physique, ceci se trouve surtout chez la jeune fille qui devient d'une force plus grande que celle que l'on rencontre communément dans ce sexe dit « faible ». L'enfant du sexe masculin présente pour son âge une exagération de la force physique.

Dans notre cas, malgré la transformation du type physique, nous ne notons pas cette hypersthénie, la femme âgée de 40 ans, n'a rien changé à ses occupations habituelles qu'elle effectue sans plus ni moins de fatigue. Il est vrai que nous avons affaire à une femme qui a atteint l'âge moyen de la vie et son complet développement.

Certaines observations mentionnent une pigmentation spéciale de la peau, surtout à la face supérieure de l'avant bras et aux mains; elle prend un aspect gris sale.

Les troubles psychiques, la transformation du caractère ont été observés; notre sujet avait gardé un caractère placide et accommodant, parlait de ses enfants en bonne mère de famille et jouissait de toutes ses facultés intellectuelles.

Après la phase d'accroissement des forces succède une phase de diminution qui semble en relation avec la cachexie inévitable due à l'intoxication néoplasique. Mais, dans certains cas, cette phase n'a pas le temps de s'installer car les malades sont enlevés par une violente crise de dyspnée ou toute autre affection intercurrente; cette fin brusque est notée dans plusieurs observations.

Mais le grand caractère constant, que nous retrouvons partout, que le sujet soit très jeune (3 ou 4 ans), adulte, ou déjà sur le versant de la vie, du sexe féminin ou du sexe masculin, c'est le développement exagéré du système pileux, la transformation de la musculature, du faciès et de l'allure générale: la femme se transforme et ressemble à un homme, la jeune fille à un adolescent, à moins qu'une

adiposité énorme ne la déforme, le petit garçon à un enfant bien plus âgé que lui.

Hypertrichose à systématisation masculine, transformation de la musculature et du facies, tels que les caractères fondamentaux du virilisme.

L'hypertrichose, nous la trouvons partout dans nos observations; chez la femme: barbe, moustache, poils sur la poitrine, aux avant-bras, aux membres inférieurs, augmentation en étendue et en épaisseur de ceux du pubis, en un mot c'est la toison d'un homme très poilu. Chez la jeune fille suivant son âge, l'hypertrichose va de la moustache naissante de l'adolescent à la barbe épaisse et à la moustache bien fournie de l'homme adulte; elle augmente avec l'âge de la malade et celui de la maladie. Le petit garçon voit dès son tout jeune âge sa lèvre supérieure s'orner des poils tant enviés. En même temps que ceux du visage, les poils des différentes parties du corps se développent avec exagération.

La transformation de la musculature est surtout nette chez la femme; les cuisses de rondes deviennent plates, les saillies musculaires se dessinent, la poitrine s'aplatit.

Le facies perd sa douceur féminine, la physionomie durcit son expression.

Tels sont les caractères cliniques que nous avons relevés associés à la présence dans le flanc d'une volumineuse tumeur dont le siège pouvait être le rein ou tout autre organe de la région, y compris la capsule surrénale. L'étude clinique nous fit localiser le point de départ du néoplasme dans ce dernier organe.

Tels sont les faits: tumeur d'une part, manifestation de virilisme d'autre part; nous les constatons, nous en retenir leur valeur symptomatique, mais leurs relations intimes nous échappent.

Là encore, comme précédemment pour la coexistence de la tumeur surrénale et de l'hypertrophie utérine, nous soulevons la question des troubles physiologiques des glandes endocrines; mais nous ne pouvons pousser plus loin le problème.

CHAPITRE IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DES TUMEURS DE LA CAPSULE SURRÉNALE EN GÉNÉRAL

Macroscopiquement les néoplasmes développés aux dépens de la surrénale affectent une apparence à peu près semblable; ce sont des tumeurs généralement volumineuses, à forme irrégulière, bosselée.

A la coupe, la tumeur paraît très vascularisée, de consistance molle par endroits, avec des foyers hémorragiques, ce qui lui donne un aspect bigarré. Celle que nous avons pu examiner présentait de belles zones jaunes et rouges, disséminées dans un stroma conjonctif assez abondant.

Comme siège, elles occupent la région du flanc, suivant leur volume elles cachent leur pôle supérieur sous les côtes, remplissent la région lombaire et descendent dans le bassin.

Leur extrémité inférieure est en rapport avec le pôle supérieur du rein qui peut être ptosé. Cet organe paraît comme appendu à la masse néoplasique.

D'après la statistique d'Hartmann, le côté droit serait plus souvent affecté que le gauche et dans un certain nombre de cas, la tumeur serait bilatérale. Sur 48 cas, 7 de cancers bilatéraux. Le développement de la tumeur se fait de la façon suivante: la tumeur partie de la capsule sur-

rénale se développe généralement en avant, refoulant devant elle le péritoine et les organes voisins; dans notre observation, nous avons noté que la masse intestinale était rejetée en avant et à droite, le pancréas en avant comprimé d'une part par la tumeur en arrière, d'autre part par la paroi abdominale en avant.

Les métastases sont fréquentes et précoces, elles se font de préférence dans le poumon, le foie; le rein est rarement atteint. Pour le cas que nous publions, nous ignorons s'il existait des foyers secondaires; au cours de l'intervention, nous avons examiné rapidement le foie, il nous a paru normal; le rein et la rate enlevés avec la tumeur ne présentaient aucun noyau secondaire; quant aux poumons, nous ne savons s'ils en contenaient. La nécropsie n'a pu être pratiquée, malgré toute notre diligence.

Il semble bien pourtant qu'ils devaient être indemnes, car la malade ne présentait aucun trouble stéthoscopique ou fonctionnel de ce côté là. De plus, elle n'avait pas encore atteint la phase d'hyposthénie qui, d'après Gallais, coïncide avec l'apparition des métastases.

Quant à la nature des tumeurs, nous trouvons et des sarcomes et des épithéliomas. Hartmann et Lecène ont observé sur 43 cas, 27 sarcomes et 16 épithéliomas. Pour les 10 cas que nous publions, six examens histologiques ont été pratiqués: cinq concluent à épithélioma (dont notre cas personnel), un à sarcome (observation VII).

Pour le cas étiqueté sarcome, le sujet est âgé de 2 ans, et nous remarquons que cette observation, qui date de 1885, mentionne en propre terme, sans aucun autre renseignement: « L'examen microscopique montre que les tumeurs primitives et secondaires sont des sarcomes à grandes cellules ». Ces résultats ne concordent pas avec ceux de la statistique citée plus haut.

Pour ces épithéliomas, ce qui est à noter, c'est la présence de larges vaisseaux sanguins, dilatés, remplis de sang, entre lesquels se trouvent placées les travées de cellules épithéliales. Le stroma conjonctif de la tumeur est disposé autour des vaisseaux. Ces caractères généraux se retrouvent dans les cas mentionnés par Hartmann, dans ceux de Gallais et sur la coupe que nous avons étudiée.

Ce qui nous paraît intéressant à noter en terminant ce chapitre, c'est l'apparition de ces tumeurs épithéliales à un très jeune âge pour certains cas.

A un autre point de vue, rapprochant notre observation de celle de Tuffier, nous attirons l'attention sur la coïncidence de la tumeur surrénale avec l'hypertrophie utérine. Dans notre cas, nous avons diagnostiqué tumeur surrénale avec fibrome utérin; lors de l'intervention, nous avons examiné rapidement l'utérus sans en tenter l'excèse, il nous a paru uniformément hypertrophié. Après avoir lu l'observation de Tuffier, nous pensons que si nous avions pu avoir la pièce ouverte sous les yeux et si l'examen microscopique avait été fait, notre diagnostic eut été modifié. Il est fort probable que, comme dans l'observation de Tuffier, nous avons affaire à une hypertrophie utérine due au développement exagéré des faisceaux musculaires comparables à ceux que l'on retrouve dans l'utérus gravide. D'ailleurs cette hypothèse s'accorde parfaitement avec les signes cliniques que nous avons constatés: col mou, développement du segment inférieur; signes qui, joints au volume du ventre, nous avaient suggérés l'idée d'une grossesse prolongée possible.

Le laboratoire à qui nous avons confié la pièce, diagnostique périthéliome à type épithélial, rangeant cette tumeur dans la classe des néoplasies malignes du type épithélial.

Ces périthéliomes sont des tumeurs qui ne correspondent pas à un type anatomique très défini; c'est plutôt un aspect spécial que peut prendre certaines tumeurs très vascularisées. On les rencontre surtout au niveau de la choroïde et de la surrénale.

CHAPITRE V

A PROPOS DU DIAGNOSTIC, DU PRONOSTIC ET DU TRAITEMENT DES NÉOPLASIES SURRÉNALES

DIAGNOSTIC:

Au point de vue du diagnostic, la symptomatologie des tumeurs surrénales est variable. Certaines n'ont aucun signe particulier: amaigrissement, palpitations, cachexie, telle est leur symptomatologie, comparable à celle de tout néoplasme; seul le siège de la tumeur peut faire penser à son origine, mais le diagnostic reste hésitant entre tumeur du rein, de la rate à gauche, du rein, du foie ou de tout autre organe voisin à droite. Certaines tumeurs surrénales de petit volume ne sont que des trouvailles d'autopsie et restent pendant la vie complètement ignorées. Ces deux catégories ne rentrent pas dans le cadre de notre travail.

Enfin, d'autres s'accompagnent d'une symptomatologie typique: dans certains cas, syndrome addisonien, dans d'autres manifestations de virilisme.

L'esprit doit être aiguillé vers l'hypothèse d'une tumeur de la capsule surrénale possible quand chez une femme on constate, avec la disparition des règles, avant l'âge normal de la ménopause, un développement exagéré des poils et une transformation des formes évoluant vers le type masculin. La perception d'une tumeur dans le flanc et la présence des signes décrits plus haut,

fixent le diagnostic et font éliminer une tumeur des organes voisins, ce que la palpation seule ne peut permettre.

Chez l'enfant, quand on note un développement exagéré des formes, de la force, de la dentition et surtout du système pileux, en un mot quand l'enfant acquiert un développement physique exagéré pour son âge, il faut penser aux lésions surrénales.

TRAITEMENT. — Au point de vue du traitement rien à espérer du traitement médical, seule, à l'heure actuelle, l'intervention précoce peut donner des succès opératoires, de longues survies et peut-être la guérison.

Hartmann et Lecène rapportent quinze cas d'opérations pour tumeur de la capsule surrénale; pour tous ces cas, le diagnostic exact n'avait jamais été porté. Pour ces quinze observations, les suites opératoires sont les suivantes: sept décès des suites opératoires dans les trois jours; six morts dans les neuf mois; deux survies: 2 ans et 6 ans.

Ces résultats peu encourageants, et notre cas en vient grossir le nombre, ne doivent pas faire rejeter l'intervention. Ils s'expliquent par l'évolution rapide de ces tumeurs, leur caractère insidieux, les métastases précoces, le diagnostic trop tardivement porté ou incertain, l'intervention pratiquée pour des cas trop avancés.

La bilatéralité du néoplasme surrénal doit faire rejeter le traitement chirurgical.

La statistique s'améliorera lorsque le diagnostic précoce ayant été établi, une opération opportune sera pratiquée, avant que les organes voisins soient infiltrés, avant que des noyaux secondaires aient envahis ganglions et viscères.

Pour cela tout réside dans la précocité du diagnostic,

done dès qu'une tumeur maligne de la surrénale sera soupçonnée par un quelconque de ses signes cliniques ou physiques, une laparotomie exploratrice pourra être indiquée pour confirmer le diagnostic.

Mieux vaut, et ceci est vrai pour toutes les tumeurs intra-abdominales, pratiquer une laparotomie exploratrice, justifiée par une étude et une discussion mûrement réfléchies du cas envisagé, que de laisser passer le moment opportun où une opération large aurait pu être suivie d'une guérison, ou tout au moins d'une longue survie.

La plupart des interventions ont été faites par la voie transpéritonéale, ceci s'explique facilement étant donnée l'incertitude du diagnostic. Cette voie est d'ailleurs facile, donne libre accès sur la tumeur et permet de contrôler à l'œil l'état des divers organes abdominaux.

La possibilité de l'intervention par la voie lombaire, peut être aussi envisagée.

Jusqu'à présent, le volume de la tumeur, ses adhérences très intimes avec le rein, ont rendu le sacrifice de cet organe obligatoire, même dans les cas où il paraissait sain. Avec des interventions plus précoces, quand il ne présentera aucune lésion, le rein devra être conservé.

PROGNOSTIC. — Le pronostic des tumeurs surrénales malignes abandonnées à elles-mêmes, est très sombre. L'évolution fatale est inévitable et se fait dans les dix-huit mois d'une façon générale.

Les métastases sont fréquentes et précoces comme nous l'avons vu dans le chapitre IV.

Le malade meurt dans la cachexie néoplasique à moins qu'une affection intercurrente ou une crise de dyspnée, ce qui est assez fréquent, mettent brusquement fin à ses jours.

CONCLUSIONS

En terminant notre étude, il nous paraît intéressant de souligner les points suivants :

1° La symptomatologie typique d'une certaine catégorie de tumeurs de la glande surrénale, qui est constituée par ce qu'on appelle le virilisme.

2° La coexistence dans certains cas, de la tumeur surrénale et de l'hypertrophie utérine avec ramollissement du col et aménorrhée. Le diagnostic de grossesse peut alors se discuter.

3° Le diagnostic précoce de cette affection peut être fait, à condition de penser à la relation symptomatique qui existe entre l'hypertrichose, la transformation du type et la néoplasie surrénale.

L'existence même d'une tumeur de petit volume peut être soupçonnée avant qu'elle ne révèle sa présence par des signes physiques.

4° La nécessité de ce diagnostic précoce qui subordonne une intervention efficace.

5° Le traitement est actuellement d'ordre purement chirurgical. L'intervention doit être tentée dès le début de la maladie ; ainsi, elle pourra être efficace et fera courir le minimum de risque au malade.

On peut penser d'ores et déjà à la possibilité du traitement par la curiethérapie ou par la radiothérapie ; l'avenir nous fixera sur la valeur de cette méthode.

BIBLIOGRAPHIE

- AUVRAY. — Observation. *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, 1912.
- Fibrome utérin accompagné de tumeur de la capsule surrénale. *Revue de Gynécologie*, 1912.
- A propos des tumeurs des capsules surrénales et leur traitement; discussion. *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris*, 1914.
- MICHON. — Rapport: tumeur de la capsule surrénale à évolution maligne. *Bulletin de la Société de chirurgie*, Paris, 1913.
- MAUCLAIRE. — Tumeur de la capsule surrénale. *Bulletin de la Société de chirurgie*, Paris, 1920.
- TUFFIER. — Rapport à l'Académie de médecine. Dans *Bulletin*, 1914.
- SERGEANT. — Le sympathique et les glandes endocrines.
- GALLAIS. — *Thèse Paris*, 1914.
- PEYRON. — *Thèse Paris*, 1912.
- HARTMANN et LECÈNE. — Tumeur de la capsule surrénale dans *Travaux de chirurgie anatomo-clinique*, 1904.
-

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

En ma qualité de Censeur de tour, j'ai lu la Thèse ayant pour titre : *Contribution à l'étude des Tumeurs de la glande surrénale avec tableau clinique du virilisme surrénal* ; par M. André ALCAY.

Je pense que la Faculté peut en permettre l'impression.

Montpellier, le 14 décembre 1921.

Le Professeur,

FORGUE.

Vu :

Montpellier, le 14 décembre 1921.

Le Doyen :

E. DERRIEN.

Vu et permis d'imprimer,

Montpellier, le 14 décembre 1921.

Le Recteur.

Jules COULET.

